

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1929 - 1930 N° 5

Les hernies de diverticules de la vessie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

René VIALA

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Microbiologie et d'Hygiène

né le 18 Février 1905, à Montredon-Labessonnié (Tarn)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
LYON

1929

**Les hernies de diverticules
de la vessie**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les hernies de diverticules de la vessie

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MEDECINE et de PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Novembre 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

René VIALA

Elève à l'Ecole du Service de Santé Militaire

Ancien Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé de Microbiologie et d'Hygiène

né le 18 Février 1905, à Montredon-Labessonnié (Tarn)



IMPRIMERIE INTERSYNDICALE
LYONNAISE

46, Rue de l'Université, 46
Tél. : Vaudrey 32-55

LYON

—
1929

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen.....	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	COLLET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique.....	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	FAVRE
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie.....	COURMONT (P.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT Léon
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	MAZEL	CHEVALLIER	MARTIN (J.)
TRILLAT	SANTY	DUMAS	ROCHET (Ph.)
SARVONAT	DUNET	DUFOURT	WERTHEIMER
FLORENCE (G.)	CHALIER (A.)	DEVIC	BERNHEIM
ROCHAIX	CHALIER (J.)	GABRIELLE	DECHAUME
RHENTER	NOEL	MANCEAU	POLLOSSON

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PATEL, *Président* ; M. GAYET, *Assesseur* ;
MM. THÉVENOT Léon et WERTHEIMER, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage de ma reconnaissance
et de mon affection.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL

Professeur de Chirurgie Opératoire,

Chirurgien des Hôpitaux.

Officier de la Légion d'Honneur,

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Il a bien voulu nous inspirer notre
sujet de thèse et nous aider de ses con-
seils éclairés.

Nous le prions de croire à notre res-
pectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAYET

Chirurgien des Hôpitaux.

Il nous a fait un accueil très bien-
veillant. Ses conseils nous ont été très
utiles dans la réalisation de ce travail.

A NOS JUGES

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL COURMONT.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET.

MONSIEUR LE DOCTEUR GONNET.

MONSIEUR LE DOCTEUR DELORE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PATEL.

MONSIEUR LE PROFESSEUR NICOLAS.

MONSIEUR LE DOCTEUR GARDERE.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVIC.

A NOS MAÎTRES DE L'ÉCOLE
DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

AVANT-PROPOS

Les hernies de diverticules vésicaux sont très rares, et jusqu'ici il n'a paru, dans la littérature médicale française, aucune monographie sur ce sujet.

Le Professeur PATEL a publié, en 1927, deux cas de cette affection, et il nous a proposé d'étudier cette question.

Nos recherches dans les littératures médicales étrangères et françaises nous ont montré qu'il y a seulement une trentaine de cas publiés.

Charbonnier, en 1912, ne retenait que 8 cas. Si l'on veut être sévère on peut supprimer un de ces cas. En effet, l'observation de Voiturier (Obs. n° 9 de la thèse d'Etienne) n'est probablement pas celle d'une hernie de diverticule vésical. L'auteur ne parle, à aucun moment, de diverticule, et il dit avoir pu passer facilement l'index à travers l'orifice de communication avec la vessie. On retrouvera dans la thèse de Charbonnier l'observation de Vanwerfts. Les autres pourront être lues dans la thèse de Durrieux :

Observation de BUCKSTON-BROWNE (n° 117) ;

Observation de PILZ (n° 121) ;

Observation de HOLLANDER (n° 177) ;

Observations de BECKER (n° 180 et 181) ;

Observation de KUMMER (n° 182),

Grâce à l'amabilité du Professeur PATEL nous avons pu consulter de nombreuses revues étrangères, et cela nous permettra de publier six observations d'auteurs italiens et deux observations d'auteurs de langue anglaise.

Malgré cela, il ne nous a pas été possible de recueillir toutes les observations publiées ; mais, nous donnerons, à la fin de ce travail, les références bibliographiques qui permettront de les retrouver.

INTRODUCTION

Dans cette étude nous ne voulons parler que des hernies de vrais diverticules vésicaux. Que doit-on entendre exactement par diverticule vésical ? Pendant longtemps, les auteurs ont été loin de s'entendre à ce sujet. GAYET ET GAUTHIER, dans leur rapport à la Société d'Urologie, en 1922, ont donné une définition qui est maintenant admise partout, en France et à l'étranger. Comme le disent ces auteurs « rien ne ressemble plus à un diverticule de la vessie qu'une cystocèle inguinale, par exemple, lorsqu'elle a existé depuis longtemps et déformé définitivement la vessie. Qu'on place sur une table d'autopsie, côte à côte, une vessie à cystocèle et une vessie à diverticule, on pourra absolument avoir le même type. De même l'aspect cystoscopique pourrait être identique. ».

Nous n'avons pas voulu publier l'observation de GUECO GANDULFO ET OCAMPO (1). C'est un cas de cystocèle vaginale ; or, la majorité des auteurs ne font pas rentrer cette affection dans le cadre des hernies. Mais comment différencier, au cours de l'interven-

GUECO GANDULFO ET OCAMPO. — Cystocèle par diverticule isolé de la vessie contenant un calcul. (*La Semana médica*, Buenos-Ayres, n° 30, 26 Juillet 1923.).

tion, un diverticule vésical d'une cystocèle ayant acquis la forme diverticulaire ? C'est presque toujours très difficile. « Il faut trouver dans les éléments de la hernie un prolongement de la vessie, en forme de doigt de gant, faisant saillie carrément sur elle. On doit reconnaître au niveau d'un collet vésical l'orifice diverticulaire, arrondi, net, et tranchant. Un collet, correspondant sur le trajet de la saillie vésicale à une compression herniaire, n'est d'aucune valeur pour le diagnostic de diverticule. »

Dans quelques cas, les auteurs ont trouvé un collet situé nettement en arrière de l'anneau herniaire. Nous attribuons à ce symptôme une très grande valeur, mais il n'est pas pathognomonique, à cause de la mobilité de la vessie.

On peut avoir un élément de certitude encore plus grand en demandant l'examen anatomo-pathologique de la pièce. En effet, il est maintenant démontré que les diverticules sont constitués par les éléments mêmes de la paroi vésicale, mais presque toujours modifiés. Les modifications sont minimales ou inexistantes dans les cas de cystocèle. Dans les observations que nous publions, l'examen anatomo-pathologique a été fait trois fois et, chaque fois, il a été caractéristique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Sur les 17 observations que nous avons pu recueillir, seize fois il s'est agi de hernie inguinale, une fois seulement, de hernie crurale.

Hernie inguinale

RAPPORTS AVEC LE PÉRITOINE. — Les cystocèles parapéritonéales (8 cas) sont les plus fréquentes. Parfois, le diverticule était adhérent au sac séreux et le plus souvent il en a été facilement séparé.

On trouve aussi des cystocèles extra-péritonéales (4 cas). Cette disposition est intéressante à connaître pour le chirurgien. Lorsqu'il arrive sur la vessie proprement dite, il croit être seulement sur le sac ; et, dans ce cas, l'incision de la vessie est le plus souvent inévitable.

Dans un cas seulement il s'agit de cystocèle intrapéritonéale.

TRAJET DE LA CYSTOCÈLE. — Sur les 7 observations où les auteurs l'ont noté, il y en a 4 où le diverticule passait en dedans des vaisseaux épigastriques et 3 où il passait en dehors.

LIPOME PRÉHERNIAIRE. — Sa présence n'est signalée que dans 5 observations.

MODIFICATIONS DE L'APPAREIL URINAIRE. — On n'a toujours trouvé qu'un diverticule dans la hernie. La forme la plus souvent observée a été celle d'un doigt de gant. Le volume du diverticule n'a pas été souvent signalé. En général, il s'agissait d'un doigt de gant de cinq centimètres de long sur cinq centimètres de large environ.

Le diverticule et son orifice étaient toujours situés latéralement par rapport à la vessie.

On n'a jamais décrit leurs rapports avec l'uretère.

Presque toujours le diverticule a été facile à disséquer. Il n'y avait donc pas de péricystite. L'état de la vessie, lorsque celle-ci a été examinée, était normal.

Les parois du diverticule étaient le plus souvent altérées. Ces altérations étaient, soit d'origine ancienne et dues, dans ce cas, à la rétention ; soit d'origine récente lorsqu'il y avait eu étranglement herniaire. En dehors de ces complications d'ordre inflammatoire banal, on a trouvé, une fois des calculs et, une fois, de la tuberculose.

Hernie crurale

Le seul cas publié appartient au Professeur PATEL. Il s'agissait d'une hernie parapéritonéale avec lipome préherniaire.

ÉTIOLOGIE

AGE. — Nous avons relevé seulement 3 cas au-dessous de 5 ans. CORNER ET ROWNTREE ont publié un cas chez un enfant de 18 mois. Le malade de KUMMER avait 5 ans et celui de BUCKSTON BROWNE avait 3 ans. Tous les autres malades étaient à l'âge adulte ou dans la vieillesse.

SEXE. — Les diverticules vésicaux se trouvent beaucoup plus fréquemment chez l'homme. DURRIEUX relève, contre 118 cas masculins, seulement 9 cas féminins. Sur les 122 cas de leur statistique, GAYET ET GAUTHIER ne trouvent que 3 cas féminins.

Par contre, sur les 17 cas de hernies de diverticules vésicaux que nous avons étudiés il s'agissait 4 fois de cas féminins : un cas de HOLLANDER, un cas de STEIN et deux cas du Professeur PATEL.

CÔTÉ ATTEINT. — Sur douze cas où il est signalé, on trouve 8 cas à droite et 4 cas à gauche.

ETAT ANTÉRIEUR. — Dans la plupart des observations, la hernie est ancienne et s'accompagne ou non de troubles urinaires.

Le malade de BUCKSTON BROWNE avait déjà subi une lithotritie avant d'être opéré de sa hernie. BER-

GEBER attribue la formation du diverticule de son malade à un accident survenu 20 ans auparavant. Dans quelques cas on a trouvé une hypertrophie de la prostate. Sur les 4 cas féminins, 2 fois, on a relevé la multiparité.

PATHOGÉNIE

Beaucoup d'auteurs : KÖENIG, SCHMIDT, NELATON, DURET, HOLLANDER, FELTEN, ALESSANDRI, PIOT, ETIENNE, etc..., attribuent aux diverticules un rôle de premier plan dans la pathogénie des hernies vésicales. Des expériences sur le cadavre ont été faites par FELTEN, BONOMO, et surtout par ALESSANDRI.

Comment expliquent-ils les faits ?

« La vessie déformée se trouve placée devant un orifice herniaire, l'urine qui s'accumule et l'effort abdominal la projettent dans le trajet. »

FELTEN attribue surtout une importance à la mobilité du diverticule.

D'autres font entrer en jeu les adhérences, surtout dans le cas de cystocèle parapéritonéale. JABOULAY ET VILLARD, BECKER, PATEL, admettent que la hernie vésicale est en général secondaire. MONOD ET DELAGENIÈRE admettent au contraire qu'elle est toujours primitive. Des auteurs ont voulu, pour trancher la question, attribuer une importance à la position des vaisseaux épigastriques ; mais, comme le dit AGATA, leurs arguments n'ont pas de valeur.

Dans les observations que nous avons étudiées, la pathogénie n'a pu être fixée que très rarement. Dans certaines, il s'agissait de hernie congénitale. Les 3 cas

d'enfants ne semblent pas douteux. Dans 8 cas, il s'agissait de hernie parapéritonéale, et il n'y avait pas toujours adhérence entre le sac péritonéal et le diverticule.

Dans 5 ou 6 cas on a trouvé des causes de distension vésicale.

Avec le Professeur PATEL nous estimons que chez l'homme les causes fondamentales de la cystocèle sont la distension vésicale et le défaut de contractilité du muscle vésical. Le relâchement de la paroi abdominale, le lipome prévésical ne sont que des causes accessoires. Chez la femme, il faut attribuer à la grossesse et aux tumeurs abdomino-pelviennes le rôle de premier plan. « La présence d'un diverticule ne suffit pas pour expliquer la formation d'une cystocèle. Il serait tout au plus une cause prédisposante. ».

Pour finir, nous voulons attirer l'attention sur le très petit nombre de hernies de diverticules vésicaux. Les hernies de la vessie sans diverticule, les diverticules vésicaux non herniés sont incomparablement plus fréquents.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est difficile et souvent impossible avant l'intervention.

ALESSANDRI, dans une étude sur la cystocèle, montre que le diagnostic ne fut fait avant l'intervention que 5 fois sur 180 cas.

On comprendra donc fort bien que, jusqu'ici, la présence d'un diverticule vésical dans une hernie n'ait jamais été soupçonnée au moment de l'examen du malade.

Sur 17 malades qui présentaient cette affection 5 seulement accusaient des troubles urinaires.

Le malade d'AGATA avait des difficultés de la miction depuis cinq ans, de la pollakiurie diurne depuis quelques mois. Au moment de son entrée à l'hôpital il éprouvait un besoin presque continu d'uriner et se plaignait de brûlures pendant la miction.

Celui de BERGEBER avait des difficultés de la miction depuis 10 ans. RAGO aurait pu penser au diverticule vésical. Le premier de ses malades avait une miction en deux temps depuis 2 ans. Le second voyait sa hernie augmenter de volume pendant qu'il urinait. PILZ note chez son malade une hypertrophie de la prostate avec cystite chronique.

L'examen de la tumeur herniaire ne montre rien

de bien caractéristique. Le signe qui aurait le plus de valeur est, comme pour les cystocèles banales, l'irréductibilité complète ou du moins la réductibilité imparfaite. Si l'on soupçonnait un diverticule, il faudrait alors demander à un spécialiste de confirmer le diagnostic. La cystoradiographie par la méthode d'HINMAN ou par la méthode de PAPIN ; la cystoradioscopie selon la méthode de LEGUEU et TRUCHOT sont les deux sortes d'examens qui donnent les résultats les plus sûrs.

PENDANT L'INTERVENTION. — Le diagnostic devient plus facile au moment de l'acte opératoire.

Certains signes, peuvent faire soupçonner la présence de la vessie : le lipome préherniaire, lorsqu'il existe, et surtout lorsqu'une traction montre qu'il se dirige du côté de la cavité de Retzius (Rosati) ; dans le cas de hernies parapéritonéales, l'épaisseur de la paroi du sac du côté interne. Quelquefois, c'est en disséquant prudemment le sac qu'on a découvert des fibres musculaires qui ont attiré l'attention. Il arriva même à PILZ de sentir une odeur d'urine pendant qu'il disséquait le sac herniaire. Lorsqu'on a découvert le prolongement vésical, il faudra penser à un diverticule s'il a une forme en doigt de gant, nettement séparé de la vessie par un collet très mince, très court, et surtout si ce collet est indépendant de l'anneau herniaire.

A ce moment-là, si on a encore un doute, on pourra pratiquer un cathétérisme de la vessie ; on vérifiera si une injection de liquide fait modifier le volume du

diverticule, ou mieux, on introduira une sonde métallique dans la vessie et on tâchera de la faire passer dans le diverticule.

Il peut arriver que rien n'attire l'attention, mais, la plupart du temps, une incision involontaire du diverticule fait s'écouler un peu d'urine dans le champ opératoire, et le chirurgien peut appliquer à temps le traitement approprié.

Quelquefois, la vessie passe complètement inaperçue et, dans ce cas, il est rare que des complications post-opératoires n'imposent pas un diagnostic rétrospectif. « Après son réveil, le malade accusera de vives douleurs pour uriner, du ténesme vésical. Il aura des mictions sanglantes, et l'urine pourra s'écouler par la plaie de la herniotomie. ».

COMPLICATIONS

Il est certain que l'on pourrait observer à propos d'un diverticule hernié toutes les complications signalées dans les monographies sur les diverticules vésicaux.

La rupture pourrait se voir après étranglement. La compression des organes voisins se voit surtout avec les sacs de la base. L'inversion est excessivement rare. Ces trois complications d'ordre mécanique n'ont pas été signalées.

Les complications infectieuses sont d'une grande fréquence, disent GAYET ET GAUTHIER. Pour ne citer qu'un exemple, voici le résumé de l'observation de PILZ.

« Homme, 62 ans. Cystite chronique. Hypertrophie de la prostate.

« *Autopsie.* — Pyonéphérose double, uretère comme le doigt. Vessie dilatée ayant au côté droit un sac comme une mandarine, « diverticule recouvert du péritoine et pénétrant dans le canal inguinal droit... »

Le malade de BUCKSTON BROWNE était un enfant de 3 ans qui avait des calculs dans la vessie et un diverticule formant le contenu d'une hernie inguinale. Ce diverticule contenait lui aussi des calculs.

CORNER ET ROWNTREE ont publié l'observation d'un enfant de 18 mois présentant une hernie inguinale droite qui contenait un diverticule de la vessie atteint de tuberculose.

La complication la plus fréquente est l'étranglement du diverticule. En effet, sur 17 cas étudiés, nous en trouvons 10 dans lequel il s'agit de hernie étranglée.

AGATA énumère quelques signes qui, d'après certains auteurs, serviraient à différencier l'étranglement du diverticule de l'étranglement intestinal ; mais il ajoute qu'ils ne sont ni constants ni pathognomoniques. Dans les cas de cystocèle parapéritonéale, le contenu herniaire (paroi diverticulaire, graisse) semble avoir un effet sur l'intensité des signes d'étranglement qui semblent alors moins importants.

C'est, surtout dans ces cas d'étranglement herniaire, qu'il serait dangereux de ne pas se rendre compte de la présence d'un diverticule vésical. Cet accident est arrivé à plusieurs opérateurs habiles. On a vu se produire une fistule urinaire secondaire dans la plaie ; ou encore, les fils tombés dans la cavité vésicale ont donné lieu à la formation de calculs.

Il faudrait avoir présent à l'esprit la possibilité de cette affection si l'on veut éviter les accidents opératoires des cystocèles méconnues.

TRAITEMENT

Dans la plupart des cas que nous avons étudiés les auteurs ont pratiqué l'extirpation du diverticule et la suture de la vessie, en 2 ou 3 plans, au catgut. Deux fois la vessie a été fixée à la paroi. VANWERTS dit bien que c'est un procédé à rejeter ; il l'avait appliqué chez son malade, et ce fut la cause de complications post-opératoires qui ne seraient pas survenues sans cela. Quatre ou cinq fois, on a fait le drainage paravésical par un petit drain de gaze placé en regard de la suture vésicale. Ce drainage peut être conseillé mais il ne semble pas indispensable.

Bien plus importants sont les soins post-opératoires. Certains chirurgiens ont mis une sonde à demeure, fermée ou ouverte ; d'autres ont fait des cathétérismes avec ou sans lavage de la vessie, quelques-uns n'ont rien fait.

RAGO estime qu'en général il vaut mieux ne pas faire l'excision du diverticule.

Il nous semble plus logique de l'enlever. En effet, dans le cas où le diverticule se trouve dans une hernie inguinale ou crurale l'opération est très simple. On est loin d'avoir les mêmes difficultés que lorsque le diverticule se trouve en arrière, à côté des vésicules séminales,

Les résultats de cette intervention sont excellents. Les malades qui l'ont subie ont tous guéri, et, presque toujours, sans incident. Une seule fois, la mort est survenue, trois jours après, par urémie ; mais l'autopsie montra une pyonéphrose double.

Enfin, par l'extirpation du diverticule, on risquera d'éviter de nombreuses complications qui pourraient survenir au niveau du diverticule.

Pendant les 7 ou 8 jours qui suivront l'acte opératoire, on devra mettre une sonde à demeure et celle-ci devra être laissée ouverte pour éviter la distension de la vessie qui pourrait entraîner le relâchement de la suture vésicale. Si on la laissait fermée ou si l'on ne faisait que des cathétérismes, on aurait beaucoup moins de chances d'éviter cette complication.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Professeur PATEL)

Il s'agit d'une femme qui était entrée à l'hôpital avec des phénomènes de hernie crurale droite étranglée. Elle avait eu plusieurs enfants, était porteuse de cette hernie depuis sa dernière grossesse. Elle ne s'en était jamais inquiétée, lorsque, la veille de son entrée à l'hôpital, la hernie qui était restée toujours irréductible et non douloureuse devint subitement dure et très sensible. Je l'opérais comme une hernie crurale banale, et après avoir essayé de reconnaître la paroi interne du sac herniaire, je me rendis compte qu'il s'agissait d'une paroi musculieuse qui paraissait être réellement la vessie.

Afin de bien étudier les dispositions anatomiques, j'incisais largement l'anneau crural, et je pus constater que, 1 ou 2 cm. en arrière de l'anneau crural, il existait un rétrécissement très serré qui se continuait avec la paroi vésicale elle-même.

Le diagnostic étant bien établi, j'incisais cette poche qui contenait un liquide louche, ayant nettement l'odeur d'urine. L'orifice d'entrée dans la grande cavité vésicale était net, presque tranchant. Je réséquais cette poche ; une suture au catgut en deux plans fut faite au niveau de la vessie. L'anneau crural fut refermé. Une sonde à demeure fut placée dans la vessie et laissée constamment ouverte. La guérison s'effectua sans incident. Il est à signaler simplement que les urines contenaient un peu de sang les premiers jours,

OBSERVATION II

(Professeur PATEL)

Il s'agit d'une femme de quarante ans, mère d'un enfant de 20 ans. Elle se plaignit brusquement de phénomènes douloureux au niveau de l'aîne droite. A l'examen, je constatais au niveau de l'orifice cutané du canal inguinal, une petite tuméfaction du volume d'une noix, extrêmement douloureuse.

Pensant qu'il s'agissait d'une hernie inguinale épiploïque étranglée, ou d'un kyste du canal de Nuck, j'opérais cette malade le lendemain.

L'intervention permit de constater que cette tuméfaction ne siégeait pas dans un sac péritonéal ; le péritoine qui était très voisin fut même séparé facilement de la tumeur.

Là aussi je reconnus des fibres musculaires à la surface externe et je songeais qu'il ne pouvait s'agir que d'une hernie de la vessie. Agrandissant alors l'anneau inguinal cutané, je pus constater que le collet qui réunissait la tuméfaction à la cavité vésicale était en arrière de l'anneau inguinal. La tuméfaction fut incisée, elle contenait un liquide clair. Une suture fut faite, en deux plans au catgut et l'anneau inguinal fut refermé.

Le soir de l'opération, la malade n'ayant pu uriner, un cathétérisme permit de constater qu'il y avait du sang dans la vessie. Une sonde à demeure fut placée et laissée pendant dix jours. La guérison s'effectua sans incident.

OBSERVATION III

(RAGO)

Homme de 48 ans, porteur depuis 6 ans d'une hernie inguino-scrotale droite,

Depuis 2 ans, troubles vésicaux (impossibilité de vider complètement la vessie sauf quand on fait rentrer la tuméfaction inguinale).

L'opération montre un cordon énorme entièrement isolé du sac qui se présente comme une besace à cheval sur les vaisseaux épigastriques. Le sac externe contient de l'intestin. L'ouverture du sac interne donne issue à l'urine et la paroi est constituée par une muqueuse analogue à celle de la vessie ; il y a là un véritable diverticule dilaté aminci et étranglé dans le sac. On est obligé de faire la résection de ce diverticule avec fixation du moignon suturé à l'angle inférieur de la cicatrice.

Guérison.

OBSERVATION IV

(RAGO)

Il s'agit d'un homme de 52 ans.

Depuis 7 ans, hernie peu douloureuse, augmentant de volume pendant la miction. On opère en présence d'accidents de pseudo-étranglement.

On trouve une masse graisseuse, indépendante du cordon et étranglée à son pédicule par une bride aponévrotique.

La traction sur la tumeur après section de la bride aponévrotique montre qu'il s'agit d'un diverticule vésical sans revêtement péritonéal.

L'auteur recommande de préférence la reposition du diverticule et considère que les indications de la résection du diverticule ne s'imposent que s'il y a ouverture accidentelle de la vessie.

OBSERVATION V

(ODASSO)

Homme de 36 ans. Opéré de hernie inguinale droite étranglée, il y a un an et demi. Guérison par seconde intention après suppuration prolongée. Récidive peu de mois après. Depuis une semaine la hernie est irréductible, douloureuse, sans phénomènes péritonéaux.

Blennorragie en cours depuis environ un mois avec des phénomènes d'urethro-cystite. Actuellement, hernie inguinale droite interstitielle, douloureuse, irréductible, mobile par rapport à la cicatrice de l'intervention précédente.

OPERATION. — A l'ouverture du canal inguinal, on note que la fossette inguinale moyenne est occupée par une grosse tuméfaction herniaire adhérente, dure, bosselée. L'examen montre qu'elle est formée par un diverticule vésical avec un lipome préherniaire.

Incision du diverticule. — Il s'écoule une petite quantité d'urine.

Réduction. Petit tampon de gaze. Suture de la paroi. Lavages vésicaux pour la cystite. Guérison.

L'examen anatomo-pathologique de la pièce, montre que sa paroi présentait les mêmes éléments qu'une vessie normale mais avec de profondes modifications.

En quelques points seulement on trouve de l'épithélium pavimenteux stratifié.

Chorion muqueux peu épais avec infiltration leucocytaire. Les faisceaux musculaires apparaissent notablement allongés probablement à cause de l'œdème.

OBSERVATION VI

(ODASSO)

Homme, 63 ans. Hernie inguinale droite depuis 5 ans. Il y a quinze jours, étranglement de cette hernie, Taxis.

Amélioration. Actuellement tuméfaction, sonore à la percussion, incomplètement réductible.

Anneau inguinal très dilaté.

Le canal inguinal est occupé par une tuméfaction, molle, indolore, irréductible. Diagnostic de hernie entero-épiploïque.

INTERVENTION. — A l'ouverture du canal inguinal, on trouve un gros sac de hernie inguinale oblique externe qui présente sur la face interne de petits caillots hémorragiques. Ligature et résection.

Puis, on trouve au niveau de la fossette inguinale moyenne, une masse graisseuse qui fait soupçonner une cystocèle. Sur la face externe de cette masse, on voit une mince pellicule transparente qui, isolée, a l'aspect d'un doigt de gant. On l'incise et il s'écoule un peu d'urine.

Résection. Suture à deux plans.

Petit tampon de gaze contre la suture.

Extirpation du lipome. Sonde à demeure dans la vésie.

Le toucher rectal pratiqué après l'intervention a révélé l'existence d'une prostate volumineuse.

Suites opératoires excellentes. Lavages vésicaux tous les deux jours. Guérison.

OBSERVATION VII

(ROSATI)

Homme, 46 ans. Depuis 20 ans, hernie inguinale gauche. Aucun trouble urinaire sauf, dans la jeunesse, de fréquentes envies d'uriner.

A l'opération, on trouve un sac épiploïque qu'on lie après résection ; mais, au moment de faire la paroi postérieure, un lobule adipeux frappe l'attention, à l'angle inférieur de la plaie. Attiré à l'extérieur ce lobule adi-

peux amène avec lui une petite lame très mince presque transparente, obliquement dirigée vers la cavité de Retzius. On pense à un diverticule.

Résection. Suture à la Lembert.

Cathétérisme toutes les trois heures pendant deux jours. Guérison.

Le fragment réséqué a la forme d'un doigt de gant, et il présente à sa partie moyenne un collet admettant à peine une mine de crayon.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE. — Epithélium monostratifié appuyé sur une zone de tissu conjonctif compact. Tout à fait en dehors, nombreuses fibres musculaires avec quelques fibres élastiques,

Pas de revêtement péritonéal.

OBSERVATION VIII

(D'AGATA)

Homme, 74 ans. Hernie inguinale droite depuis 29 ans. Hernie inguinale gauche depuis 15 ans. Depuis 5 ans, la hernie droite a augmenté de volume et n'est plus réductible. En même temps, sont apparus des troubles de la miction. Depuis quelques mois pollakiurie diurne. Le malade est amené à l'hôpital avec des signes d'étranglement herniaire. L'état général est médiocre.

A l'examen, hernie droite irréductible, douloureuse, recouverte d'une peau œdématisée. Le malade se plaint de besoins fréquents d'uriner et de brûlures pendant la miction. Prostate légèrement hypertrophiée.

OPERATION D'URGENCE. — A l'ouverture du sac herniaire, il s'écoule une petite quantité de liquide séro-hématique. Réduction d'une anse grêle, opaque, épaisse. En cherchant à isoler la partie rétrécie du sac, on note sur sa face interne, une petite masse adhérente de

couleur jaunâtre, ayant la forme d'un utricule à parois flasques, avec quelques points de nécrose.

Nous pensons à la vessie à cause des troubles urinaires. Incision en un point de la paroi qui paraît nécrosé. Il s'écoule de l'urine.

Le malade est sondé. En même temps, un doigt est introduit à travers l'orifice formé, traverse un canal muqueux et arrive dans la vessie.

Nous comprenons que nous sommes en présence d'un diverticule vésical hernié et étranglé.

Après nous être assurés que le diverticule ne contenait pas l'uretère ou son orifice, nous avons procédé à son extirpation. Suture de la vessie à 3 plans de catgut.

La paroi de la poche réséquée était formée par les différentes tuniques qui se rencontrent dans la vessie, mais vraisemblablement altérées. Les vaisseaux épigastriques ont été rencontrés à la partie interne du diverticule.

On n'a pas trouvé de lipome prévésical.

Bassini. Petit drain de gaze en face de la suture vésicale. Sonde à demeure pendant une semaine. Puis un cathétérisme toutes les 6 heures pendant quelques autres jours.

Le douzième jour après intervention une cystoscopie permet de noter au-dessus de l'orifice urétéral droit la présence d'un petit infundibulum, à ouverture ovale, à grand axe dirigé de haut en bas et de dedans en dehors. Guérison sans incident. Le malade revu trois ans après ne présente plus de troubles vésicaux et jouit d'une excellente santé.

OBSERVATION IX

(BERGEBER)

Homme, 50 ans. Il y a 20 ans, un tronc d'arbre a roulé sur son abdomen. Depuis 10 ans, quelques difficultés de la miction. Il y a 4 ans, opéré de hernie inguinale gau-

che. Les troubles actuels ont commencé il y a un mois, après un accident où le malade a été renversé par un câble.

A l'examen, signes de hernie inguinale gauche.

OPERATION. — A l'ouverture du canal inguinal, on trouve un sac tubulaire de 5 cm. de long, qui s'étend le long du cordon.

Incision. — Il s'écoule du liquide jaune paille. Le sac contient une muqueuse et une couche musculaire. L'index peut juste être introduit et arrive dans la vessie. Une sonde métallique introduite par l'urèthre apparaît dans le sac qui a été incisé.

Dissection du sac. Résection. Suture à 2 plans de catgut.

Sonde à demeure pendant les trois premiers jours. Guérison.

OBSERVATION X

(STEIN)

Mad. S..., 30 ans, sextipare.

Hernie inguinale droite depuis un an.

Mictions fréquentes : 7 dans la journée, 2 pendant la nuit.

Trois jours avant son entrée à l'hôpital, la hernie devient très douloureuse et irréductible.

A l'examen : signes de hernie étranglée.

L'examen des voies urinaires est négatif.

INTERVENTION. — Après incision, au lieu d'un sac, on voit une masse dure, vascularisée, à parois épaisses, piriforme, reposant dans le canal inguinal.

Il n'y a pas de sac péritonéal. La malade est sondée, mais la tumeur ne change pas de volume.

Incision. — Il s'écoule un liquide jaunâtre. On ne peut établir aucune communication avec la vessie. Le

pédicule est coupé et lié au niveau de l'anneau interne.

Bassini. Guérison sans incidents.

Nous nous demandâmes alors s'il s'agissait d'un kyste congénital du canal inguinal ou d'une hernie de la vessie ou d'un diverticule vésical.

Un examen anatomo-pathologique montra les bandes musculaires caractéristiques de la vessie, mais l'épithélium était complètement absent.

Nous pensons que nous avons trouvé un diverticule au moins ancien s'il n'était pas congénital, et dont la lumière avait été séparée de la cavité vésicale.

CONCLUSIONS

I. — Les hernies de diverticules de la vessie sont très rares et il n'y a pas lieu de les confondre avec de simples hernies de la vessie ayant acquis la forme diverticulaire.

II. — Les diverticules ne jouent pas un rôle très important dans la pathogénie des hernies de la vessie. La distension vésicale reste toujours la cause fondamentale de ces hernies.

III. — Les signes diverticulaires sont presque toujours absents, et, l'on ne fait pas le diagnostic. Si l'on pensait à un diverticule, il faudrait faire pratiquer par un spécialiste, une cystoradiographie ou une cystoradioscopie.

IV. — L'étranglement est une complication très fréquente de ces hernies. Si au cours de l'intervention, l'on méconnaît l'existence d'un diverticule vésical, il peut se produire des accidents post-opératoires fâcheux. En particulier, on pourra voir s'établir une fistule au niveau de la herniotomie.

V. — Le traitement consistera essentiellement dans

la résection du diverticule, avec suture de la vessie, en 2 ou 3 plans au catgut.

Pendant 7 à 8 jours, après l'intervention, il faudra mettre dans la vessie une sonde à demeure maintenue ouverte.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PATEL

Vu :

POUR LE DOYEN,
L'Assesseur,
Etienne ROLLET

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 Octobre 1929

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI

BIBLIOGRAPHIE

- AGATA. — Cystocele diverticolari paraperitoneale strozato. (*Annal. ital. di chir.*, Napoli, 1924.)
- ALESSANDRI. — L'ernia della vesica con speciale riguardo alla sua patogenesi (*Il Policlinico, sez. chir.*, 1909.)
- BERGEBER. — Hernia of diverticulum of the bladder (*The jour. of the amer. med. assos.*, n° 7, 17 août 1912.)
- BECK. — Diverticulum of urinary bladder in an inguinal hernia. (*Surg. clin.*, Chicago.)
- BECKER. — Ueber inguinalen Blasenbrüche (*Beitr. Z. Klin. Chir.*, Bd. 23.)
- BONOMO. — Sulle ernie della vesica. (*Giornale medico del R. Esercito*, XLV, 1898.)
- CERNEZZY. — Contributo alle ernie vesica ei diverticolari. (*Gaz. d'osp.*, 1905.)
- CHARBONNIER. — Les diverticules de la vessie. (*Thèse*, Paris, 1912.)
- CORNER ET ROWNTREE. — A case of tuberculosis in a diverticulum of the bladder found in an inguinal hernia. (*Tr. of the clin. soc.*, London, 1905-1906.)
- DREYFUS. — Physiologie des diverticules vésicaux. (*Thèse*, Paris, 1928.)
- DURRIEUX. — Les diverticules de la vessie (*Thèse*, Paris, 1901.)

- ETIENNE. — Les diverticules de la vessie. (*Thèse*, Montpellier, 1911.)
- FELTEN. — Blasenhernien. (*Archiv. für Klin. Chir.*, 1914)
- GAYET ET CIBERT. — Quelques cas de diverticules de la vessie. (*Journal d'Urologie*, 1925.)
- GAYET ET GAUTHIER. — Les diverticules de la vessie. (*Rapp. à l'Assoc. franç. d'Urol.*, 1922.)
- HABS. — Bericht ueber 200 Herniotomien (*Deuts. Zeits. für Klin. Chirurg.*, 1891, Bd. 32.)
- ISRAEL. — (*Archiv. für Klin. Chirurg.*, Bd. 20).
- KUMMER. — (*Revue méd. de la Suisse romande*, 1892, p. 235).
- JONES ET MOOSE. — A diverticulum hernia of the bladder. (*Mil. Surg. Wash.*, 1926.)
- ODASSO. — Sulla ernie dei divertoli vesicali. (*Policlinico*, Roma, 1924.)
- PATEL. — Les Hernies. (*Collection Le Dentu et Schwarz*.)
- PATEL. — Communication au Congrès de Gynécologie, Lyon, 1927. (*Annales d'Obstétrique et Gynécologie*.)
- PILZI. — Wien. Klin. Wochensch, 1891.
- PUTZU. — Contributo allo studio dell' ernia della vesica. (*Il Policlinico, sez. chir.*, 1913.)
- RAGO. — La hernie des diverticules de la vessie. (*Rinascenza med.* IV, n° 4, Février 1927, p. 83.). — (*Jour. de Chirurgie*, t. 29, 1927, p. 621.).
- ROSATI. — Hernie d'un diverticule congénital de la vessie. (*Rif. méd.*, t. 36, n° 39, 1920, p. 878.). — (*Journ. chir.* t. XVII, 1921, p. 397.).
- SANTINI. — Sopra un diverticolo della vesica. (*Clin. Chir.* Milan, 1908, p. 297.)

SCALONE. — Diverticoli vesicali erniati e ernie diverticolari della vesica. (*La Clin. Chir.*, t. XXI, n° 11, 29 Novembre 1913.)

STEIN. — Diverticulum of the bladder in the inguinal canal. (*J. am. méd. ass.*, Chicago, 1923.)

VANWERTS. — Hernie inguinale d'un diverticule vésical. (*Echo méd. du Nord*, n° 21, 22 Mai 1910, p. 261.)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant propos	13
Introduction	15
Anatomie pathologique	17
Etiologie	19
Pathogénie	21
Diagnostic	23
Complications	27
Traitement	29
Observations	31
Conclusions	41
Bibliographie	43

THE HISTORY OF THE

1789

1790

1791

1792

1793

1794

1795

1796

1797

1798

1799

1800

1801

1802

1803

1804

1805

1806

1807

1808

1809

